

CATNo.

CAT値

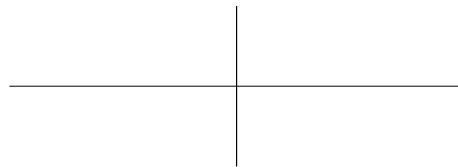
1歳6ヵ月児用歯科アンケート

年 月 日

フリガナ 氏名		性 別	男 ・ 女
		生年月日	年 月 日 (才 ヲ月)
第 子	同居の家族	父 ・ 母 ・ 兄 ・ 姉 ・ 弟 ・ 妹 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他	
お母さまの氏名		電話番号	
住所	〒		

該当するものに○印をご記入下さい

- (1) 昼間は誰が世話をしていますか？ 保育所・母・祖父母・その他
- (2) 起床・就寝時間・食事時間など、
1日のリズムは決まっていますか？ だいたい ・ 決まっていない
決まっている
- (3) 離乳は完了しましたか？ はい(幼児食) ・ 離乳食
- (4) おっぱいやミルクをやめられましたか？(断乳) はい・いいえ
- (5) 哺乳瓶を使用していますか？ いいえ・はい
- (6) その内容は お茶 ・ ミルク・ジュース
湯冷まし 牛乳 ・ イオン飲料
- (7) 寝る前や夜中の授乳 していない・時々・毎日
- (8) 間食の時間は決めていますか？ はい・いいえ
- (9) 間食の回数は何回ですか？(飲み物のみも含む) 2回以下・3回以上
- (10) よく食べる間食(おやつ)は？
飲み物 _____
食べ物 _____
- (11) 菓子などを食べながら遊びますか？ いいえ・はい
- (12) 寝る前に歯磨きをしてあげていますか？ 毎日・時々・いいえ
- (13) 気になることや、ご質問があればお書き下さい



フロス	Br.
D	ハロー

ハロー歯科